

антигистаминные ЛС применялись у 3 из 9 пациентов. Инфузионная терапия осуществлялась в 6 (66,7%) случаях. В госпитальных условиях повторное применение адреналина потребовалось 1 пациенту, еще в 1 случае проводилась инфузия дофамина.

Выводы. За период 2013-2018гг. в ВОКБ госпитализировано 9 пациентов с цефтриаксон-индуцированной АФ, которая развивалась при лечении пациентов в амбулаторных условиях, при этом во всех случаях показания для применения ЦТ были сомнительными. С 2017 г. отмечается уменьшение числа случаев госпитализаций с АФ на цефтриаксон, что можно объяснить ограничениями применения инъекционных антибактериальных ЛС на догоспитальном этапе, введенными Министерством Здравоохранения Республики Беларусь (письмо МЗ РБ от 19.01.17 № 3-1-9/301). Следует подчеркнуть, что наиболее безопасным способом применения ЦТ признана внутривенная инфузия в течение 30 минут, которая не применялась в исследованных случаях. При оказании помощи на догоспитальном этапе адреналин вводился лишь в 55,6% случаев. У большинства пациентов (8/9) АФ развивалась при первой инъекции ЦТ и только у 1/9 пациента имела в анамнезе гиперчувствительность к группе пенициллина, что указывает на целесообразность применения диагностических кожных проб для выявления скрытой сенсибилизации.

Литература:

1. Severe drug-induced anaphylaxis: analysis of 333 cases recorded by the Allergy Vigilance Network from 2002 to 2010 / J.M. Renaudin [et al.] // *Allergy*. – 2013. – Vol. 68. – P. 929–937.
2. Pichichero, M.E. Penicillin and Cephalosporin allergy / M.E. Pichichero, R. Zagursky // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* – 2014. – Vol. 112. – P. 404–412.
3. Shalviri, G. Adverse events induced by ceftriaxone: a 10-year review of reported cases to Iranian Pharmacovigilance Centre / G. Shalviri, S. Yousefian, K. Gholami // *J. Clin. Pharm. Ther.* – 2012. – Vol. 37. – P. 448–451.
4. Yao, Y. Fatal adverse effects of injected ceftriaxone sodium in China / Y. Yao, Ran Yun Zhou, Ying Wang // *Pharmacoevidenciol. Drug Saf.* – 2012. – Vol. 21. – P. 1197–1201.
5. Анализ структуры лекарственного анафилактического шока по данным аллергологического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница» за 2013-2015 годы / Т.М. Соболенко [и др.] // *Достижения фундам., клин. медицины и фармации : материалы 72 науч. сессии сотрудников ун-та / под ред. А.Т. Щастного [и др.].* – Витебск, 2017. – С. 180–182.

УДК 616-06

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Солодовникова С.В., Литвяков А.М., Данилова О.И., Пальгуева А.Ю.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Из-за различных сопутствующих заболеваний ожидаемая продолжительность жизни при системных заболеваниях соединительной ткани (СЗСТ) остается ниже по сравнению с населением в целом. У этих пациентов взаимодействие между несколькими механизмами, включая преждевременное ускорение субклинического атеросклеротического повреждения, воспаления и нарушения регуляции иммунной системы, участвует в индукции и прогрессировании атеросклероза. За последние 15 лет накопились данные о повышенном риске сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с хроническими воспалительными и системными аутоиммунными заболеваниями.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности. Среди традиционных сердечно-сосудистых факторов риска артериальная гипертензия является важным предиктором сердечно-сосудистых событий в общей популяции и у пациентов с хроническими воспалительными и аутоиммунными заболеваниями. Традиционные болезнь-модифицирующие препараты (БМП) и биологические препараты значительно улучшили долгосрочные результаты при СЗСТ не только за счет подавления системного воспаления, но и за счет снижения влияния ССЗ. Что касается профилактики атеросклеротических заболеваний, EULAR (Европейская лига против ревматизма) рекомендует жесткий контроль заболеваний, сопровождаемый регулярной оценкой традиционных факторов риска ССЗ и изменений образа жизни.

Однако этот подход, хотя и является рациональным и основанным на фактических данных, не учитывает важные проблемы, такие как воспаление миокарда и длительный бессимптомный период ССЗ, который обычно протекает при СЗСТ до или после диагностики системного заболевания. Гендерные различия в факторах риска ССЗ были оценены в общей популяции. Тем не менее, существует мало информации и она противоречива [1-3] относительно оценки факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин с СЗСТ.

Цель исследования. Изучить гендерные особенности распространения факторов риска ССЗ у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, госпитализированных в ревматологическое отделение УЗ «ВОКБ».

Материал и методы. Мы исследовали 70 пациентов, госпитализированных в ревматологическое отделение УЗ «ВОКБ» за период с 2018 по 2019 год. 54 женщины и 16 мужчин. Группы были сопоставимы по возрасту (53,6:54,3; $p=0,035$), длительности и активности заболевания ($p=0,004$). Критерии включения были следующими: наличие задокументированного СЗСТ, отсутствие изменений в медикаментозной терапии в течение предыдущих 3 месяцев, отсутствие клинически выраженного ССЗ (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, сахарный диабет), наличие суточного мониторинга артериального давления (СМАД), показателей липидного профиля (общего холестерина (ХСобщ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП) и триглицеридов (ТГ)), данных индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), данных дуплексного сканирования сонных и/или артерий нижних конечностей, ЭХО-КГ (в т.ч., оценка трансмитрального кровотока с использованием импульсно-волнового доплера – измерение скорости потока в фазу ранней диастолы (пик E), скорость потока в фазу систолы левого предсердия (пик A) и их соотношение (E/A). Модель оценки системного коронарного риска (SCORE) была оценена для оценки 10-летнего риска фатального ССЗ. Результат был умножен на 1,5 (mSCORE) в соответствии с рекомендациями EULAR. Значение $\geq 5\%$ указывает на высокий риск. Контрольную группу составили 33 здоровых добровольца (18 женщин (54,5%), 15 мужчин (45,5%)).

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10,0 методами непараметрической статистики с использованием U-теста Манна-Уитни в независимых группах. Отличия считали статистически значимыми при $p<0,05$. Оценка корреляции (r) осуществлялась по непараметрическому критерию Спирмена.

Результаты и обсуждение. Статистически значимые различия между пациентами мужского и женского пола включали более низкую концентрацию ХСЛПВН (2,77:3,25; $p=0,03$) и более высокое значение ИА (4,2:3,4; $p=0,03$) у мужчин. Мужчины с СЗСТ значительно чаще курили (5:2; $p=0,001$). Среднее значение mSCORE было значительно выше у мужчин (5,69:2,76; $p=0,001$). По данным системы mSCORE, высокий или очень высокий 10-летний риск смерти от ССЗ обнаруживался значительно чаще у

мужчин (60%:25%; $p=0,004$). Среднее значение толщины интима-медиа (ТИМ) было значительно выше у мужчин, чем у женщин с СЗСТ (0,93:0,80; $p=0,04$). У всех пациентов мужского пола была повышенная ТИМ, и ни у одного мужчины не было нормального значения ТИМ (0; $p=0,6$). Средняя концентрация натрий диуретического пептида, N-концевого фрагмента (NT-proBNP) была значительно выше у женщин, чем у мужчин с СЗСТ, но находилась в пределах нормы ($p=0,005$). В группе мужчин, так же как и в группе женщин с хорошим ответом на лечение статистически значимо уменьшался показатель С-реактивного белка (СРБ) ($p=0,001$). Не было никаких существенных различий между пациентами женского и мужского пола в отношении систолического артериального давления, диастолического артериального давления, ИМТ (25,5:25,2; $p=0,8$), показателей глюкозы в сыворотке крови (4,9:4,1; $p=0,7$), ТГ, ХСЛПНП, длительности скорректированного интервала QT (QTc), соотношения Е/А и фракции выброса (ЕF). При сравнении параметров ССЗ в группах пациентов с СЗСТ и контрольной группы: средний возраст существенно не различался между пациентами и контрольной группой, как женщинами (53,8±13,4 и 52,9±9,1 года), так и мужчинами (54,1±12,6 и 54,5±7,5 года). При сравнении ТИМ у пациентов и контрольной группы: среднее значение ТИМ было значительно выше у пациентов с СЗСТ мужского пола, чем у мужчин контрольной группы сопоставимого возраста (0,92:0,6; $p=0,001$), а также у пациенток женского пола по сравнению с контрольной группой женщин (0,8:0,61; $p=0,002$). Длительность QTc была значительно выше у женщин с СЗСТ, чем у женщин из контрольной группы (441,2±22,9 против 412,3±22,6 мс, $p=0,0001$). Такой разницы не было между группами мужского пола. Не было статистически значимых различий между женской и мужской группами пациентов и контрольной группой в отношении значений отношения Е/А ($p=0,4$) и EF ($p=0,5$) по данным ЭХО-КГ.

Выводы. В этом исследовании в группе пациентов с СЗСТ и отсутствием ССЗ у пациентов мужского пола обнаружен значительно чаще более высокий уровень прогрессирования атеросклеротического процесса (значения ТИМ, ИА, ХСЛПНП) и значительно более высокий риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (данные mSCORE), чем у женщин, несмотря на сопоставимый возраст. Однако, при сравнении с контрольной группой, у пациентов с СЗСТ (как женщин, так и мужчин) традиционные факторы риска оказывают значительное влияние на прогрессирование риска ССЗ.

Литература:

1. Lazzerini, P. Systemic inflammation and arrhythmic risk: lessons from rheumatoid arthritis / P. Lazzerini // Eur. Heart J. – 2017. – Vol. 38– P. 1717–1727.
2. Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA study / T. Sokka [et al.] // Arthritis Res Ther. – 2009. – № 11(1). – P. 1–12.
3. Van Vollenhoven, R. Sex differences in rheumatoid arthritis: more than meets the eye / R. van Vollenhoven // BMC Med. – 2009. – № 12. – P. 1–4.

УДК 616.36-002.2/616.36-004

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Юнатов Г.И., Прищепенко В.А., Юнатова З.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Широкая распространенность заболеваний печени, несовершенство методов диагностики привели к необходимости изучения механизмов их развития. До сих пор остается не решенным вопрос о причинах развития фиброзной ткани в печени и, как